

# **BAB I**

## **PENDAHULUAN**

### **1.1 Latar Belakang**

Stroke atau yang dikenal juga dengan istilah Gangguan Peredaran Darah Otak (GPDO), merupakan suatu sindrom yang diakibatkan oleh adanya gangguan aliran darah pada salah satu bagian otak yang menimbulkan gangguan fungsional otak berupa defisit neurologik atau kelumpuhan saraf (Dinata dan Safrita, 2013). *World Health Organization* (2010) mendefinisikan stroke adalah manifestasi klinis dari gangguan fungsi otak, baik fokal maupun global (menyeluruh) yang berlangsung cepat, berlangsung lebih dari 24 jam atau sampai menyebabkan kematian, tanpa penyebab lain selain gangguan vaskuler.

Stroke merupakan penyakit yang tidak menular dan dikenal sebagai penyakit kronis. Penyakit tidak menular mempunyai durasi yang panjang dan umumnya berkembang lambat. Stroke merupakan salah satu dari empat jenis Penyakit Tidak Menular (PTM) penyebab utama kematian secara global dibandingkan penyakit lainnya. Empat jenis utama penyakit tidak menular menurut *World Health Organization* (WHO) adalah penyakit kardiovaskular (penyakit jantung koroner dan stroke), kanker, penyakit pernapasan kronis (asma dan penyakit paru obstruktif kronis), dan diabetes. Berdasarkan *Global Status Report on Non-Communicable Disease* tahun 2010, sebanyak 63% kematian di dunia disebabkan oleh penyakit tidak menular dan hampir 80% terjadi di negara berpenghasilan menengah ke bawah (*lower-middle income*) (WHO, 2011). Di Indonesia proporsi angka kematian yang disebabkan oleh penyakit tidak menular meningkat dari 41,7% pada tahun 1995 menjadi 59,5% pada tahun 2007 (Depkes RI, 2007).

Menurut *American Heart Association* (AHA), insiden stroke sementara ini merupakan penyebab mortalitas utama di seluruh dunia dan menempati urutan ketiga di Amerika Serikat setelah penyakit jantung dan kanker. Di Amerika Serikat, terjadi insiden sekitar 795.000 kasus stroke berada dalam penanganan medis dan sekitar 134.000 kematian setiap tahun disebabkan oleh penyakit ini (Goldstein *et al*, 2011). Di negara-negara ASEAN penyakit stroke juga merupakan masalah kesehatan utama yang menyebabkan kematian. Dari data *South East Asian Medical Information Centre* (SEAMIC) diketahui bahwa angka kematian stroke terbesar terjadi di Indonesia yang kemudian diikuti secara berurutan oleh Filipina, Singapura, Brunei, Malaysia, dan Thailand (Dinata dan Safrita, 2013). Berdasarkan data yang berhasil dikumpulkan oleh Yayasan Stroke Indonesia (2012), masalah stroke semakin penting dan mendesak karena kini jumlah penderita stroke di Indonesia adalah terbanyak dan menduduki urutan pertama di Asia. Jumlah kematian yang disebabkan oleh stroke menduduki urutan kedua pada usia di atas 60 tahun dan urutan kelima pada usia 15-59 tahun. Berdasarkan data Riset Kesehatan Dasar Kementerian Kesehatan di tahun 2013 menunjukkan telah terjadi peningkatan prevalensi stroke di Indonesia, dari 8,3 per 1000 penduduk (per mil) pada 2007 menjadi 12,1 per 1000 penduduk pada tahun 2013. Di Jawa Timur jumlah pasien yang didiagnosa stroke oleh tenaga kesehatan atau gejala stroke adalah sebesar 16,0%, dimana Jawa Timur merupakan daerah tertinggi keempat di Indonesia.

Penyebab tingginya angka kejadian stroke di Indonesia lebih disebabkan karena gaya dan pola hidup masyarakat yang tidak sehat, seperti malas bergerak, makan makanan berlemak dan kolesterol tinggi, sehingga banyak diantara mereka mengidap penyakit yang menjadi pemicu timbulnya serangan stroke. Saat ini serangan stroke lebih banyak dipicu oleh adanya

hipertensi yang disebut sebagai *silent killer*, diabetes melitus, obesitas dan berbagai gangguan kesehatan yang terkait dengan penyakit degeneratif (Waspadji, 2007). Terdapat sejumlah faktor yang menyebabkan seseorang berisiko terkena stroke. Faktor risiko ini dibagi menjadi dua, yaitu faktor risiko yang dapat dimodifikasi atau dilakukan tata laksana antara lain hipertensi, diabetes melitus, merokok, obesitas, penyakit jantung, hiperurisemia dan hiperlipidemia dan faktor risiko yang tidak dapat dimodifikasi, seperti usia, jenis kelamin, riwayat penyakit keluarga, dan ras/suku bangsa (Anindhita dan Wiratman, 2017).

Bahaya stroke adalah kekambuhan/berulangnya serangan, biasanya lebih berat dari serangan pertama dan dapat berakibat fatal. Stroke berulang dapat memperburuk keadaan penderita dan meningkatkan biaya perawatan (Siswanto, 2005). Menurut studi Framingham, insiden stroke berulang dalam kurun waktu 4 tahun pada pria 42 % dan wanita 24 % dengan kejadian stroke berulang 29,52 % yang paling sering terjadi pada usia 60-69 tahun (36,5%), dan pada kurun waktu 1-5 tahun (78,37 %) dengan faktor risiko utama adalah hipertensi (92,7%) dan dislipidemia (34,2%) (Fauci, 2008). Penelitian yang dilakukan Siswanto (2005), menyatakan bahwa keteraturan berobat memiliki hubungan yang signifikan terhadap kejadian stroke berulang. Ketidakteraturan pasien berobat menjadi salah satu faktor risiko terjadinya stroke berulang. Bahaya terjadinya stroke berulang akan menurun jika pasien menjalani pengobatan yang teratur dan pencegahan faktor risiko stroke.

Salah satu aktivitas farmasis pada *pharmaceutical care* adalah bekerjasama dengan pasien dan profesional lainnya dalam merancang, mengimplementasikan, dan mengamati rencana terapetik yang akan menghasilkan keluaran terapetik yang spesifik pada pasien. Hal ini meliputi tiga fungsi utama: (1) mengidentifikasi masalah yang berhubungan dengan

obat baik yang bersifat potensial maupun yang bersifat aktual, (2) menyelesaikan masalah aktual yang berhubungan dengan obat/*Drug Related Problem* (DRPs), (3) mencegah terjadinya masalah potensial yang berhubungan dengan obat (Hepler and Strand, 1990). Salah satu aspek pada *drug related problem* adalah masalah yang berkaitan dengan kepatuhan terhadap pengobatan. Tidak patuhnya pasien terhadap medikasi akan menyebabkan perawatan atau penyembuhan terhadap penyakit pasien tidak mencapai tujuan yang diinginkan (Cipolle, 2012).

Keberhasilan pengobatan pada pasien dipengaruhi oleh beberapa faktor, salah satu di antaranya adalah kepatuhan dalam mengonsumsi obat (Morisky and Muntner, 2009). Kepatuhan merupakan hal yang sangat penting terutama pada pengobatan jangka panjang. Menurut laporan *World Health Organization* (WHO) pada tahun 2003, kepatuhan rata-rata pasien pada terapi jangka panjang terhadap penyakit kronis di negara maju hanya sebesar 50% sedangkan di negara berkembang, jumlah tersebut bahkan lebih rendah. Kepatuhan pasien sangat diperlukan untuk mencapai keberhasilan terapi utamanya pada terapi penyakit tidak menular (Putra dan Pinzon, 2016). Menurut Osterberg and Blaschke (2005), kepatuhan terhadap pengobatan dapat diartikan secara umum sebagai tingkatan perilaku dimana pasien menggunakan obat dan menaati semua aturan dan nasihat yang dianjurkan oleh tenaga kesehatan.

Tingkat kepatuhan pasien terhadap pengobatan dipengaruhi oleh beberapa hal misalnya : lupa, ketakutan terhadap efek samping, mahalnya biaya pengobatan, regimen penggunaan obat yang kompleks, kurangnya edukasi, rendahnya kualitas hidup, persepsi terhadap beratnya penyakit dan efektivitas pengobatan, *stress* dan depresi, serta kurangnya dukungan sosial (Albrecht, 2011). Pada pasien rawat jalan perlu dilakukan identifikasi

tingkat kepatuhan pasien dalam menggunakan obat, mengingat pasien menggunakan obat sendiri tanpa ada pengawasan dari tenaga kesehatan.

Ada sejumlah pendekatan untuk mempelajari perilaku kepatuhan. Metode yang paling tepat adalah observasi secara langsung yaitu pengukuran biologis dari kadar obat atau metabolit (seperti darah atau konsentrasi obat dalam urin). Metode lainnya antara lain laporan klinis (*clinician reports*), *pill counts*, tingkat pengambilan resep ulang (*rates of prescription refills*), *electronic medication monitors*, catatan harian pasien (*patient diaries*), dan *patient self-report measures*. Keuntungan dari metode ini adalah murah, singkat, dapat diterima oleh pasien, *valid*, handal, memiliki kemampuan membedakan antara berbagai jenis ketidakpatuhan, mudah dikelola, tidak mengganggu, dan mampu memberikan informasi tentang sikap dan keyakinan tentang pengobatan (Culig and Leppee, 2014).

Berdasarkan studi di atas, kuesioner laporan diri adalah yang paling umum digunakan untuk mengukur kepatuhan pengobatan. Salah satu metode yang dapat digunakan adalah skala MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) yang terdiri dari tiga aspek yaitu frekuensi kelupaan dalam mengonsumsi obat, kesengajaan berhenti mengonsumsi obat tanpa diketahui oleh tim medis, dan kemampuan mengendalikan diri untuk tetap mengonsumsi obat. Skala MMAS-8 (*Morisky Medication Adherence Scale*) dikembangkan dari MMAS-4 yang telah divalidasi sebelumnya dan dirancang untuk mengukur tingkat kepatuhan pengobatan pada penyakit kronis seperti stroke. Kuesioner MMAS-8 ini lebih bisa mengidentifikasi hambatan yang berhubungan dengan kepatuhan pengobatan (Morisky and Muntner, 2009).

Pusat Kesehatan Masyarakat yang selanjutnya disebut Puskesmas adalah fasilitas pelayanan kesehatan yang menyelenggarakan upaya kesehatan masyarakat dan upaya kesehatan perseorangan tingkat pertama,

dengan lebih mengutamakan upaya promotif dan preventif, untuk mencapai derajat kesehatan masyarakat yang setinggi-tingginya di wilayah kerjanya. Pusat Kesehatan Masyarakat sebagai salah satu jenis fasilitas pelayanan kesehatan tingkat pertama memiliki peranan penting dalam sistem kesehatan nasional, khususnya subsistem upaya kesehatan (Kepmenkes RI, 2014).

Penelitian ini dilaksanakan di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya karena belum ditemukan adanya penelitian mengenai tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke serta dapat memberikan kontribusi kepada masyarakat mengenai pentingnya kepatuhan penggunaan obat pada penderita stroke sehingga dapat meningkatkan keberhasilan terapi yang telah diperoleh. Penelitian ini juga diharapkan dapat memberikan manfaat yang dapat dirasakan pemerintah Kota Surabaya dalam mengembangkan informasi mengenai pentingnya kepatuhan yang nantinya akan membantu sebagai salah satu upaya untuk mengurangi prevalensi terjadinya stroke berulang pada penderita stroke.

## **1.2 Rumusan Masalah**

Berdasarkan latar belakang penelitian tersebut, maka disusunlah rumusan masalah sebagai berikut :

1. Bagaimana profil kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya periode Juli-September 2017?
2. Apa faktor-faktor penunjang kepatuhan pasien stroke dalam mengkonsumsi obat di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya?

### **1.3 Tujuan Penelitian**

#### *1.3.1. Tujuan Umum*

Untuk melihat dan mengidentifikasi profil kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya periode Juli-September 2017.

#### *1.3.2. Tujuan Khusus*

Untuk mempelajari faktor-faktor yang dapat mempengaruhi tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya.

### **1.4 Manfaat Penelitian**

Hasil dari penelitian ini diharapkan dapat memberikan manfaat bagi :

#### **1. Ilmu Pengetahuan**

Bagi ilmu pengetahuan dapat digunakan sebagai masukan untuk meningkatkan kualitas ilmu pengetahuan khususnya dalam bidang kesehatan.

#### **2. Bagi Puskesmas**

Manfaat penelitian ini untuk institusi puskesmas adalah sebagai tambahan informasi atau masukan bagi Puskesmas Pucang Sewu Surabaya tentang tingkat kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke serta sebagai evaluasi mutu pelayanan untuk meningkatkan kualitas pelayanan di puskesmas.

#### **3. Bagi Pasien**

Manfaat penelitian ini bagi pasien stroke di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya adalah sebagai tambahan informasi tentang pentingnya kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke sehingga mampu

meningkatkan kesadaran dan kepatuhan pasien dalam menjalankan pengobatan agar hasil terapi yang diinginkan tercapai.

#### 4. Bagi Peneliti

Bagi peneliti dapat menambah pengetahuan dan wawasan tentang pengaruh kepatuhan penggunaan obat pada pasien stroke terhadap keberhasilan terapi di Puskesmas Pucang Sewu Surabaya serta dapat mengaplikasikannya dalam praktek kefarmasian. Selain itu penulisan penelitian ini merupakan salah satu syarat mencapai gelar sarjana farmasi.